

Departamento de Salud y Salud Mental de Maryland
Solicitud del Programa de Planificación
Familiar de la Asistencia Médica de
Maryland

El **Programa de Planificación Familiar (FP) de la Asistencia Médica de Maryland** les ofrece beneficios de planificación familiar a ciertas mujeres de bajos ingresos que cumplan los requisitos. Las solicitantes deben ser menores de 51 años, vivir en Maryland y ser ciudadanas estadounidenses o extranjeras calificadas que reúnan todos los requisitos para recibir los beneficios.

- El Programa de Planificación Familiar no cubre ningún otro servicio médico diferente al de planificación familiar. El Programa de Planificación Familiar no cubre suficientes servicios para calificar como seguro médico. Si usted se encuentra inscrita en el Programa de Planificación Familiar, es posible que tenga que pagar una multa si no tiene otro seguro médico. Visite a www.MarylandHealthConnection.gov o llame al 1-855-642-8572 para saber si usted califica para todos los beneficios de Asistencia Médica, o para solicitar asistencia en comprar un plan de seguro médico.
- **Este programa no cubre servicios relacionados con abortos o infertilidad.**
- Si ya se encuentra inscrita en el Programa de Asistencia Médica o el Programa de Salud Infantil de Maryland, puede acceder a los beneficios de planificación familiar y se considerará que no reúne los requisitos para participar en este programa. Si necesita ayuda para ubicar un proveedor de planificación familiar, comuníquese con su Organización de Atención Médica Administrada (MCO).
- Si tiene Medicare, no reúne los requisitos para inscribirse en este programa.
- Si se le ha practicado un procedimiento de esterilización permanente, usted no reúne los requisitos para inscribirse en este programa.
- Si desea someterse a un procedimiento de esterilización permanente y reúne las condiciones, se cubrirá este procedimiento (debe tener 21 años o más).
- El Programa de Planificación Familiar no cubre servicios prenatales. Si está embarazada y necesita cobertura de atención médica prenatal, puede presentar su solicitud para la Asistencia Médica con Maryland Health Connection (MHC) o en su departamento local de salud. Si desea más información, llame a MHC al 1-855-642-8572 o al Programa de Planificación Familiar al 1-855-692-4993.

La inscripción no tiene ningún costo y no hay deducibles, primas mensuales ni límites anuales de beneficios. No hay copagos por medicamentos anticonceptivos de receta (control natal). Si reúne los requisitos para ingresar al programa y no cuenta con una tarjeta de Planificación Familiar, recibirá una que le permitirá seleccionar cualquier proveedor de planificación familiar que acepte la Asistencia Médica. No será necesario que se inscriba en una Organización de Atención Médica Administrada (MCO). Si tiene un proveedor primario de atención médica, comuníquese con ellos para saber si participan en el programa. La mayoría de los departamentos locales de salud, centros médicos comunitarios, centros médicos de fondos federales y Paternidad Responsable también aceptan la tarjeta. Si tiene alguna pregunta sobre lo que está cubierto o necesita ayuda para localizar a un proveedor, llame al 1-800-456-8900.

Si tiene alguna pregunta, visite nuestro sitio web <https://mmcp.dhmh.maryland.gov/familyplanning/pages/Home.aspx>. Si tiene preguntas acerca de la solicitud, llame a la línea gratuita 1-855-692-4993. Si no habla inglés, contamos con servicios de traducción sin costo. La solicitud también está disponible en español. También contamos con el Servicio de Retransmisión de Maryland en el 1-800-735-2258 para personas con discapacidades.

Información importante sobre las solicitudes e instrucciones generales

- **Lea todas las instrucciones antes de completar la solicitud.**
- **Escriba en letra impresa** clara con tinta azul o negra o a máquina la información necesaria. Toda la información debe ser legible.
- El proceso para determinar si se reúnen los requisitos toma hasta 45 días. Luego, se le enviará por correo electrónico la notificación sobre su aceptación.
- A las mujeres que se consideren elegibles, se les inscribirá por 12 meses.
- Antes de que termine el período de elegibilidad, se enviará por correo postal un paquete con un aviso y una nueva solicitud a la dirección que se suministró en la solicitud original.
- Envíe su solicitud completa a:

Departamento de Salud y Salud Mental
Programa de Planificación Familiar

C.P. 296

Baltimore, MD 21298-9795

O al fax: 410-333-0134

Instrucciones para completar la Solicitud de Planificación Familiar de la Asistencia Médica de Maryland
Importante: Escriba con tinta azul o negra o a máquina la información necesaria

Sección 1:

- A. Escriba su primer nombre, la inicial del segundo nombre, su apellido y tratamiento.
- B. Escriba la dirección completa de su domicilio de residencia. **Usted debe ser residente de Maryland.** Marque la casilla si desea que el programa envíe la correspondencia a esta dirección. Si no tiene hogar, escriba “sin hogar” en la dirección de domicilio y el estado y el condado. Escriba el número telefónico de su residencia, de teléfono celular y de su lugar de trabajo, incluido el código de área. Si no desea que le envíen correspondencia a su dirección de residencia, realice lo siguiente: (1) en la sección C suministre una dirección o un número telefónico alternativo para dejarle mensajes, y (2) marque la casilla que dice que no desea recibir correspondencia en su domicilio. El programa solo lo contactará en su dirección y número telefónico alternativo.
- C. Si desea que su representante u otra persona reciba su correo, escriba el nombre y la dirección de esta persona en la casilla. Si escribió “sin hogar” en la sección B, debe ingresar una dirección de correspondencia en la sección C. Si cuenta con casilla postal, escríbala aquí. Puede incluir un número telefónico para mensajes en la casilla correspondiente.
- D. Escriba la fecha de su nacimiento y su número de seguridad social. Los números de seguridad social son obligatorios. Escriba su dirección de correo electrónico, si el programa la puede contactar por este medio.
- E. Marque la casilla “SÍ” o “NO” de su estatus de ciudadanía estadounidense. Si marca “NO”, escriba su número de registro de extranjería en la casilla.
- F. Marque la casilla correspondiente a su estado civil actual.
- G. Marque la casilla que indica si está embarazada. Si no es así, marque la casilla para indicar si se le ha practicado algún procedimiento de esterilización permanente (ligadura de trompas o ESSURE). **Si está embarazada o se le ha practicado un procedimiento de esterilización permanente, usted no reúne los requisitos.**

Sección 2:

- H. Marque la casilla correspondiente, si tiene otro seguro médico, incluida Asistencia Médica, Medicare, seguro a través de su empleador o de beneficios de jubilación. En caso afirmativo, escriba el nombre de la empresa aseguradora o del programa a través del cual recibe la cobertura. También deberá suministrar el número de póliza o de identificación. **Si en la actualidad cuenta con Asistencia Médica o Medicare, se considerará que no reúne los requisitos para acceder a este programa.** Sin embargo, si pierde los beneficios de Asistencia Médica o de Medicare, es posible que reúna los requisitos.

Sección 3:

- I. Marque la casilla correspondiente si su etnicidad es hispana o latina.
- J. Marque la casilla de su raza. Puede marcar más de una.
- K. La información de idioma principal y secundario es opcional. Indique si requiere servicio de traducción cuando hablemos con usted.
- L. Marque la casilla que indica si tiene discapacidad visual. En tal caso, indique si es necesario imprimir los avisos en letra grande.
- M. Marque la casilla que indica si tiene discapacidad auditiva. En tal caso, indique si necesita los Servicios de Retransmisión de Maryland.

Sección 4:

- N. Si está casada y vive con su cónyuge, escriba su primer y segundo nombres, su apellido, el tratamiento, su fecha de nacimiento y su número de seguridad social. Los números de seguridad social son obligatorios.

Sección 5:

- O. Escriba cuántos hijos menores de 19 años viven en su casa. Escriba el primer y segundo nombres, el apellido, la fecha de nacimiento y el número de seguridad social de todos los hijos que viven con usted y son menores de 19 años. Los números de seguridad social son obligatorios. Si necesita más espacio, complete el Anexo 1.

Este espacio es para uso exclusivo de la oficina de Planificación Familiar.

Sello de la fecha de recepción

Solicitud del Programa de Planificación Familiar de la Asistencia Médica de Maryland**Sección 1 Escriba su información.**

| | | | | |
|----------|---|--|---|--|
| A | Primer nombre | Inic. seg. nombre | Apellido | Tratamiento |
| B | Dirección de residencia (Incluya el Apto) ¿Desea recibir el correo en esta dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | Teléfono () () () |
| | Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
| C | Primer nombre (contacto alternativo o representante autorizado) | | Apellido | |
| | Dirección de correspondencia (incluya el Apto) o casilla postal | | | Teléfono para mensajes () |
| | Ciudad | Estado | Casilla postal | Condado |
| D | Fecha de nacimiento: ____/____/____ | Número de seguridad social: ____ - ____ - ____ | Correo electrónico: | |
| E | ¿Es ciudadana estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si su respuesta es negativa, escriba su número de documento de inmigrante: | | |
| F | ¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda | G | ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no es así, ¿se ha sometido a esterilización permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Sección 2 Otros seguros incluidos la Asistencia Médica de Maryland o Medicare.

| | | | | |
|----------|---|--|--|--|
| H | ¿Tiene otro seguro, incluidos Asistencia Médica o Medicare , que sufraguen su atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, escriba el nombre de la aseguradora y su número de póliza o identificación en la siguiente línea: Aseguradora: _____ Número de póliza o ID: _____ | | | |
|----------|---|--|--|--|

Sección 3 Información opcional.

| | | | | |
|----------|--|--|---|--|
| I | ¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| J | ¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco | | | |
| K | ¿Cuál es su idioma principal? | ¿Cuál es su idioma secundario? | ¿Necesita servicios de traducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| L | ¿Tiene alguna discapacidad visual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es así, ¿requiere que los avisos se impriman en letra grande? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| M | ¿Tiene alguna discapacidad auditiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es así, ¿debemos recurrir a los Servicios de Retransmisión de Maryland? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Sección 4 Complete lo siguiente si corresponde. Escriba la información de su cónyuge, si vive con usted.

| | | | | |
|----------|-------------------------------------|-------------------|---|-------------|
| N | Primer nombre | Inic. seg. nombre | Apellido | Tratamiento |
| | Fecha de nacimiento: ____/____/____ | | No. de seguridad social: ____ - ____ - ____ | |

Sección 5 Complete lo siguiente si corresponde. Escriba los nombres de sus hijos menores de 19 años que

| | | | | |
|----------|---|-------------------|---|--|
| O | ¿Cuántos hijos menores de 19 años viven en su casa? _____ | | | |
| | Primer nombre | Inic. seg. nombre | Apellido | |
| | Fecha de nacimiento: ____/____/____ | | No. de seguridad social: ____ - ____ - ____ | |

Por favor, llene el reverso de la página

INFORMACIÓN FINANCIERA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Sección 6 Complete la información financiera sobre usted y su cónyuge si vive con usted.

¿Usted o su cónyuge reciben ingresos por concepto de salarios? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, complete la sección P.

Nombre de su empleador

Dirección de su empleador

Nombre del empleador de su cónyuge

Dirección del empleador de su cónyuge

Enumere todos los ingresos brutos antes de impuestos obtenidos por empleos de tiempo completo o parcial, trabajo

| P | Ingresos por concepto de | Usted | Frecuencia | Cónyuge | Frecuencia |
|---|---------------------------|-------|------------|---------|------------|
| | Salarios | \$ | | \$ | |
| | Trabajo por cuenta propia | \$ | | \$ | |
| | Otros: | \$ | | \$ | |
| | Otros: | \$ | | \$ | |

¿Usted o su cónyuge reciben otros ingresos por conceptos diferentes de salarios? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, enumere los demás ingresos recibidos, por ejemplo, por desempleo, subsidios para hijos, seguros de discapacidad de la seguridad social, cuotas alimentarias, pensiones, compensación laboral, etc.

| Q | Ingresos por conceptos diferentes de salarios - Tipo | Usted | Frecuencia | Cónyuge | Frecuencia |
|---|--|-------|------------|---------|------------|
| | | \$ | | \$ | |
| | | \$ | | \$ | |
| | | \$ | | \$ | |

¿Usted o su cónyuge pagan por atención médica infantil o de dependientes? Sí No

| R | Nombre del proveedor de atención médica: | Teléfono | ¿Quién recibe la atención? | Monto mensual |
|---|--|----------|----------------------------|---------------|
| | | | | \$ |
| | | | | \$ |

¿Usted o su cónyuge pagan subsidios o cuotas alimentarias de menores? Sí No

| S | Nombre de la persona que paga | Nombre de la persona que recibe el dinero | Monto mensual |
|---|-------------------------------|---|---------------|
| | | | \$ |
| | | | \$ |

Sección 7 Sección de firmas.

T He leído y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades que se enumeran en otra parte de este paquete de solicitud. Declaro bajo juramento y pena de perjurio que toda la información suministrada es veraz, correcta y completa según mi leal saber y entender.

Firma de la solicitante:

Fecha: ___/___/___

U Nombre (impreso) y firma del representante (si corresponde):

Fecha: ___/___/___

Cuando termine: Despegue la hoja de instrucciones y conserve los derechos y responsabilidades para consultas en el futuro. Envíe por correo las hojas de la solicitud y la documentación requerida a:

Departamento de Salud y Salud Mental

Programa de Planificación Familiar

C.P. 296

Baltimore, MD 21298-9795

O al fax: 410-333-0134

Instrucciones para completar la Solicitud de Planificación Familiar de la Asistencia Médica de Maryland
(Continuación)

Sección 6:

La sección 6 se aplica para usted y su cónyuge si están casados y viven juntos.

- P. Marque la casilla si usted o su cónyuge reciben ingresos por salarios. Si su respuesta es afirmativa, escriba el nombre y la dirección de su empleador. Luego, escriba el monto BRUTO (antes de cualquier deducción) y la frecuencia de todos los ingresos recibidos. Debe suministrar información acerca de sus ingresos. Si está casado y vive con su cónyuge, también debe suministrar información acerca de los ingresos de su cónyuge. Es posible que la contacten para que presente las constancias de ingresos. Si es menor de 19 años y no está casada, el programa reunirá información acerca de sus ingresos, pero estos no serán considerados.
- Q. Marque la casilla si usted o su cónyuge reciben ingresos por conceptos diferentes a salarios. Si es así, escriba la fuente, el monto y la frecuencia de todos los demás ingresos.
- R. Marque la casilla si usted o su cónyuge pagan por atención médica infantil o de dependientes. Si es así, escriba el nombre del proveedor, su número telefónico, el nombre de la persona que recibe atención médica y el monto mensual que paga.
- S. Marque la casilla si usted o su cónyuge pagan subsidios o cuotas alimentarias de menores. Si es así, escriba el nombre de la persona que realiza los pagos, el nombre de la persona que los recibe y el monto mensual que paga.

Sección 7:

- T. Lea sus derechos y responsabilidades del Programa de Planificación Familiar de la Asistencia Médica de Maryland en la última página de este paquete antes de firmar y fechar esta solicitud.
- U. Si un representante autorizado completó la solicitud en su nombre, este deberá escribir, firmar y fechar la solicitud.

Recuerde firmar y fechar su solicitud. No se aceptarán las solicitudes sin firmar y se devolverán.

Envíe por correo su solicitud a:

**Departamento de Salud y Salud Mental
Programa de Planificación Familiar**

C.P. 296
Baltimore, MD 21298-9795

O al fax: 410-333-0134

Programa de Planificación Familiar de la Asistencia Médica de Maryland
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Lea y conserve en sus registros estos derechos y responsabilidades.

- Entiendo que esta solicitud es de servicios de planificación familiar únicamente.
- Entiendo que este programa no cubre servicios de atención médica primaria para el tratamiento de enfermedades o infecciones que puedan haber sido identificadas durante una consulta de planificación familiar, excepto si aparecen cubiertos expresamente. En caso de que requiera ayuda para obtener servicios de atención primaria, vaya al Centro Médico de Fondos Federales más cercano. Las ubicaciones se pueden encontrar en la Administración de Recursos y Servicios de Salud en http://findahealthcenter.hrsa.gov/Search_HCC.aspx , o llamando al 800-456-8900.
- Entiendo que este programa no puede suministrarme cobertura si estoy embarazada o si se me ha practicado algún procedimiento de esterilización permanente.
- **Entiendo que este programa no ofrece cobertura de servicios relacionados con abortos e infertilidad.**
- Certifico que soy ciudadano estadounidense o extranjero que cumple los requisitos. Entiendo que mi número de seguridad social será utilizado para comprobar que reúno los requisitos. Este número también se utilizará para correlacionar la información que aparece sobre mí en los archivos de los gobiernos federal, estatal y local. Entiendo que la información proporcionada en este formulario de solicitud es confidencial y solo se utilizará con fines de la administración del programa, excepto según lo permitan las leyes estatales y federales.
- Entiendo que el Departamento de Salud y Salud Mental de Maryland puede verificar de manera independiente las declaraciones que haya realizado en esta solicitud y estoy de acuerdo con que el Departamento reciba mi información personal y financiera de cualquier institución financiera, empresa de seguros, empleadores anteriores o actuales, organismos gubernamentales federales, estatales o locales o de organizaciones públicas o privadas para determinar si reúno las condiciones.
- Entiendo que si tengo otro seguro, deberé recurrir a este antes de acceder a los beneficios del Programa de Planificación Familiar de la Asistencia Médica de Maryland.
- Deberé notificar al Departamento en un plazo de 10 días hábiles si ocurren cualquiera de los siguientes cambios: cambio de dirección o de información de contacto, cobertura de seguro médico, cualquier cambio en mis ingresos o en los de mi cónyuge si estoy casada y vivo con él, o cualquier otro cambio en mi hogar.
- Acepto que mis proveedores de servicios de planificación familiar puede compartirle a los administradores del programa información médica relacionada con los servicios que haya recibido. Tanto los proveedores de servicios de planificación familiar como el Departamento se asegurarán de conservar la confidencialidad de mi información médica protegida, como lo exigen las leyes estatales y federales.
- Entiendo que si el Programa de Planificación Familiar sufraga los servicios que recibo de planificación familiar y luego se entera de que otro seguro debió pagar por ellos, el programa de planificación familiar tendrá el derecho a recuperar los costos solicitándolos a la tercera parte responsable. Entiendo que si por mi culpa recibo más beneficios de aquellos a los que tengo derecho, es posible que tenga que devolverle el dinero al programa por cualquier beneficio adicional recibido.
- Entiendo que tengo el derecho a apelar las decisiones que tomen los administradores del programa en relación con mis requisitos para participar en el programa o con el alcance de los servicios a los que tengo derecho.
- Certifico con mi firma que entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades relacionados con la inscripción en el Programa de Planificación Familiar de la Ayuda Médica de Maryland.

Su solicitud debe estar completada y firmada. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a nuestra oficina en el 1-855-692-4993 antes de enviar su solicitud.

Anexo 1

| | | | |
|---|---|-------------|-------------|
| Su primer nombre | Inic. seg. nombre | Su apellido | Tratamiento |
| Sección 5-Continuación Escriba los nombres de sus hijos menores de 19 años que vivan con usted. | | | |
| Primer nombre | Inic. seg. | Apellido | |
| Fecha de nacimiento: ____/____/____ | No. seguridad social: ____-____-____ | | |
| | | | |
| Primer nombre | Inic. seg. | Apellido | |
| Fecha de nacimiento: ____/____/____ | No. de seguridad social: ____-____-____ | | |
| | | | |
| Primer nombre | Inic. seg. | Apellido | |
| Fecha de nacimiento: ____/____/____ | No. de seguridad social: ____-____-____ | | |
| | | | |
| Primer nombre | Inic. seg. | Apellido | |
| Fecha de nacimiento: ____/____/____ | No. de seguridad social: ____-____-____ | | |
| | | | |
| Primer nombre | Inic. seg. | Apellido | |
| Fecha de nacimiento: ____/____/____ | No. de seguridad social: ____-____-____ | | |
| | | | |
| Primer nombre | Inic. seg. | Apellido | |
| Fecha de nacimiento: ____/____/____ | No. de seguridad social: ____-____-____ | | |

Esta página se dejó en blanco
intencionalmente.